

Gyömörei Közös Önkormányzati Hivatal
Szerecsenyi Kirendeltsége



www.szerecseny.hu
korjegyzoseg@szerecseny.hu

9125 Szerecseny, Széchenyi u. 2.

Tel: 06-96-739-601, 06-20-917 78 12

Fax: 06-96-739-646

4. sz. melléklet

KÉRELEM

a gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1. Neve:
1.2. Születési neve:
1.3. Anyja neve:
1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):
1.5. Lakóhelye:
1.6. Tartózkodási helye:
1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
1.8. Állampolgársága:
1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):
1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):
1.10.1. ☐ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
1.10.2. ☐ EU kék kártyával rendelkező, vagy
1.10.3. ☐ bevándorolt/letelepedett, vagy
1.10.4. ☐ menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A háztartásban élők és jövedelmükre vonatkozó adatok

- 3.1. A kérelmező családi körülménye:
3.1.1. ☐ egyedül élő,
3.1.2. ☐ nem egyedül élő.
3.2. A háztartásában élők adatai
3.2.1. A kérelmezővel azonos lakcímen élők száma: fő.

Hozzá tartozó neve	Anyja neve	Születési helye, ideje (év.hó.nap)	TAJ száma	Családi kapcsolat megnevezése

3.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a háztartásban élők a havi jövedelme forintban:

Jövedelem típusa	Kérelmező	Háztartásban élők		
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó				
Ebből közfoglalkoztatásból származó				
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó				
Táppénz, gyermekgondozási támogatások				
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások				
Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások				
Egyéb jövedelem				
Összes Jövedelem				

4.. Kijelentem, hogy

4.1.* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),

4.2. háztartásomban feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

4.3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

(* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

4.4. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

4.5. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

Kelt:,

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának
aláírása

Csatolandó:

- Az egy háztartásban élő személyek jövedelmét igazoló iratok,
- vagyonynyilatkozat,
- háziorvosi igazolás a gyógyszerköltség havi összegéről,
- hatósági igazolás arra vonatkozóan, hogy közgyógyellátásban nem részesül.